第１号様式（第４条関係）

中井町妊産婦移動助成事業利用申請書

年　　月　　日

中井町長　　様

中井町妊産婦移動助成事業を利用したいので、次のとおり申請します。

１．申請者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 | 中井町 | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 母子健康手帳番号 | | 出産日※ | オンデマンドバス  利用者登録番号※ |
|  | |  |  |

※申請時に記入できない場合は記入不要

２．代理申請を行う場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住　　所 |  | |
| 氏　　名 |  | |
| 電話番号 |  | |
| 申請者との関係 | 配偶者・パートナー・親族（　　　）・法定代理人 | |
| 上記の者を代理人と認め申請を委任します。 | | 申請者氏名（自署） |

※以下の欄は、記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代理人確認 | 運転免許証・パスポート・健康保険証 マイナンバーカード・その他（　　　） | 確認者欄 |  |